兴化市红十字博爱助医项目申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  |
| **身份证号码** |  | **联系电话** |  |
| **家庭住址** |  | **患病名称** |  |
| **治疗费用情况** |  | **受资助情况** |  |
| **家庭年总收入** |  | **申请人类别** | **□低保 □低保边缘 □其它** |
| **受助人账号（农商行）** | **账户名** |  | **与受助者关系** |  |
| **开户行** |  **银行 支分行** | **卡号** |  |
| **申请救助****情况说明****（病情、治疗费用、家庭困难等****情况）** |  |
| **所在乡****镇、开****发区****（街道）****红十字****会意见** | **负责人（签字）：****单位盖章****年 月 日** | **市****红****十****字****会****意****见** | **负责人（签字）：****单位盖章****年 月 日** |
| **备注** | **1、病情诊断证明材料；2、身份证和户口本复印件；3、医疗票据及报销后结算票据；（救助款由财政局统一转账，必须提供本人农村商业银行账号及复印件）。****\* 本申请表递交并不代表一定能获得资助，申请资料一经递交不予退回。** |

**兴化市红十字博爱助医项目申报须知**

**申报对象：**本市患有重大疾病（恶性肿瘤、白血病和再生障碍性贫血等疾病）的困难家庭，且医疗费用较大者。

**申报流程：**

**1、**至我会网站下载并填写助医项目申请表

2、将助医项目申请表及需要申报的材料递交至红十字会

3、市红十字会对申报表及材料进行审核

4、通过评审的资助名单在市红十字会网站或市政府网站公示

5、市红十字会将救助款转拨至受助人账号

**申报时间：** 全年 **终审及资助名单公示时间：**原则上在下半年进行

**申报材料：**

1、困难群众本人身份证、户口本复印件；

2、申请救助情况说明须由申报人所在乡镇红十字会负责人签字、盖章；

3、正规医院的病情诊断证明、病史材料(复印件)；

4、医疗费用发票、已享受过的报销、减免、保险赔付等有关证明(复印件)。

**申报须知：**

1. 本申请表的递交并不代表一定能获得资助，申请资料一经递交不予退回；

2. 申请人申报资料必须保证所有资料的真实性和完整性，对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现将不予资助；

**我确认已经认真阅读和知悉了以上全部内容，并同意所有申报须知规定。**

申请人：

 年 月 日